

<https://helda.helsinki.fi>

Miten motivoida kansalaisia syöpäseulontoihin?

Nieminen, Pekka

2018

Nieminen , P & Virtanen , A 2018 , ' Miten motivoida kansalaisia syöpäseulontoihin? ' ,
Duodecim , Vuosikerta. 134 , Nro 23 , Sivut 2397-2401 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14630> >

<http://hdl.handle.net/10138/307733>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Pekka Nieminen ja Anni Virtanen

Miten motivoida kansalaisia syöpäseulontoihin?

Syöpäseulonnan päätavoitteena on seulottavasta syöpätaudista aiheutuvan kuolleisuuden vähentäminen. Seulonnan avulla pyritään löytämään syövän esiaste- tai varhaisvaiheen muutoksia. Jos tässä onnistutaan, vaativan hoidon tarve pienenee ja saavutetaan parempia tuloksia, jopa estetään syöpiä. Nykyisistä seulontaohjelmista on kiistattomia hyötyjä, mutta myös ylidiagnostiikkaan ja väärin positiivisiin seulontatuloksiin liittyviä haittoja, kuten ahdistusta, ylihoitoa, toimenpiteistä aiheutuvia terveyshaittoja ja kustannuksia. Nämä haitat vain lisääntyvät, kun vastaavia palveluita käytetään lisäksi runsaasti ohjelmien ulkopuolella. Organisoitu seulonta on kustannusvaikuttavampaa kuin niin kutsuttu spontaani seulonta, joten ensin mainittua olisi syytä suosia. Toisaalta osa seulontaikäisistä ihmisistä ei osallistu lainkaan seulontatyypin testaukseen. Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta vaaditaan siis kykyä paitsi motivoida ihmisiä osallistumaan seulontoihin, myös ohjata ohjelman ulkopuolista testitoimintaa sen piiriin.

Nykyisiin syöpäseulontaohjelmiin Suomessa kuuluvat naisille 1960-luvulla käynnistynyt kohdunkaulasyövän ja 1980-luvulla käynnistynyt rintasyövän seulonta. Suolistosyöpien seulontaan on vuonna 2004 käynnistyneessä tutkimusohjelmassa kutsuttu satunnaisotannalla 60–69-vuotiaita miehiä ja naisia. Suolistoseulonnasta ehdotetaan nyt kol-

matta valtakunnallista ohjelmaa. Lisäksi on tutkittu runsaasti eturauhassyövän seulontaa.

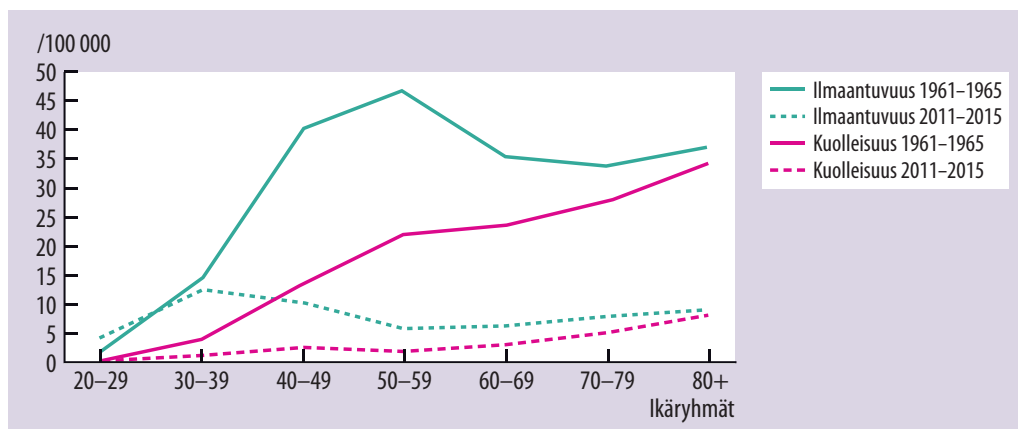
Kohdunkaulasyövän seulontaohjelman seurauksena kohdunkaulasyövän ilmaantuvuus ja kuolleisuus siihen vähenivät 1990-luvulle tultaessa viidesosaan lähtölukemista. Sen jälkeen tämän syövän ilmaantuvuus on pysynyt ennallaan yli 45-vuotiaiden mutta lisääntynyt sitä nuorempien joukossa (**KUVA 1**). Kohdunkaulasyöpä on maailmanlaajuisesti ja oli Suomessa aiemmin naisten kolmanneksi yleisin syöpä. Nykyisin se on Suomessa 20. sijalla (1). Seulonnan ansiosta vältetään 250 kohdunkaulasyövän aiheuttamaa kuolemaa ja estetään jopa 1 000 kohdunkaulasyöpää vuosittain (2).

Rintasyövän seulonnassa havaitaan noin kaksi kolmasosaa seulontaikäisten naisten rintasyövistä eli reilu kolmannes kaikista rintasyövistä (3). Seulontaan osallistumisen on useammassa tutkimuksessa todettu vähentävän rintasyöpäkuolleisuutta (4,5).

Ulosteen veritestiin perustuvassa suolistosyöpien seulontatutkimuksessa ei havaittu

Pekka Nieminen on kiinnostunut kohdunkaulasyövän etiologiasta ja torjunnasta. Tutkimuksen ja opettamisen lisäksi elämää sulostuttavat erityisesti lapsenlapset ja intohimoinen purjehtiminen.

Anni Virtanen on ekaluokkalaisten äiti, joka ymmärtää hyvin, miten motivaatio osallistua seulontaan voi joskus hukkuu kaiken kiireen alle.



KUVA 1. Kohdunkaulasyövän ilmaantuvuus ja kuolleisuus eri ikäryhmissä sataatuhatta henkilöä kohden ennen seulontaohjelmaa (vuosina 1961–1965) ja nykyisin (vuosina 2011–2015) (<https://syoparekisteri.fi/tilastot/tauti-tilastot/>).

kuolleisuusmuutoksia satunnaisverrokkeihin nähden keskimäärin viiden vuoden seurannassa. Seulonta vähensi miesten kuolleisuutta, mutta seulontaan kutsuttujen naisten kuolleisuus oli suurempi kuin verrokkien (6). Seulonnalla lienee kuitenkin ollut epäsuoria hyötyvaikutuksia, sillä potilaiden eloonjääminen oli parantunut myös verrokkiväestössä odotettua enemmän (7). EU suosittaa suolistosyövän väestöseulontaa jäsenmailleen, sillä seulonnan on muissa satunnaistetuissa tutkimuksissa todettu vähentäneen kuolleisuutta suolistosyöpiin (8).

Eturauhassyövän PSA-testiin perustuva, organisoitu seulonta pienentää eturauhassyövästä aiheutuvaa kuolleisuutta noin viidenneksellä (9). Vanhoilla miehillä on kuitenkin paljon piileviä syöpiä, jotka eivät oireile eivätkä lyhennä elinikää. Näitä hyväennusteisia ei toistaiseksi pystytty erottamaan huonoennusteisista. Tällaisten syöpien paljastuminen seulonnassa lisää näkyvää sairastavuutta, ja tietoisuus syövästä sekä hoitojen haittavaikutukset usein huonontavat elämänlaatua. Eturauhassyövän seulontaa ei Suomessa nykyisin suositella.

Miksi seulontoihin ei osallistuta?

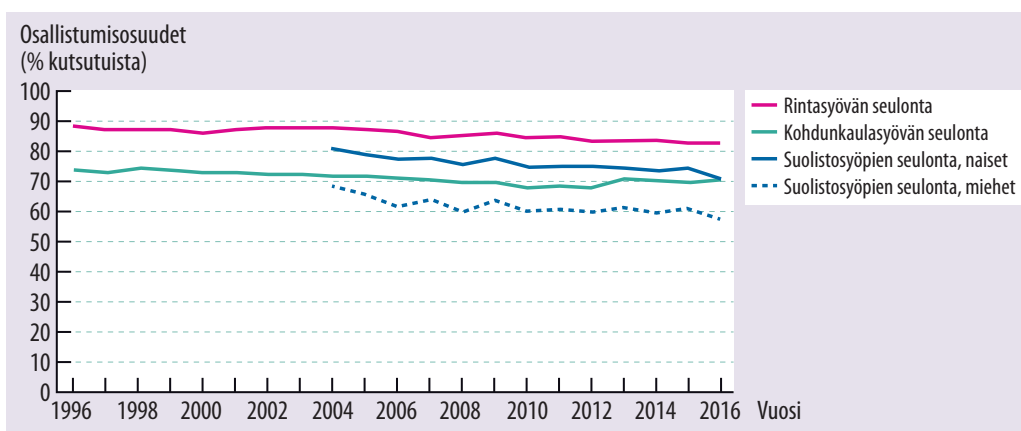
Kohdunkaulasyövän seulontaan osallistuu kymmenestä kutsutusta keskimäärin seitsemän, rintasyövän seulontaan kahdeksan ja

suolistosyöpien seulontatutkimukseen seitsemän (**KUVA 2**). Osallistumisaktiivisuus vaihtelee alueittain, ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Nuorimmista kohdunkaulaseulontaan kutsutuista vain kuusi kymmenestä osallistuu (1). Toisaalta ohjelman ulkopuolista testausta tehdään hämmästyttävän paljon. Papakokeessa on ainakin kerran viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käynyt 20–60 vuotiaista naisista yli 90 %, monet useammin (10). Erityisesti kohdunkaulasyöpäseulonnan osalta tilanteessa olisi siis parannettavaa.

Lähestyimme joukkotarkastusten osallistumismotivaatio-ongelmaa niiden vastausten kautta, joilla kyselytutkimuksissa on yleisimmin perusteltu seulontaan osallistumattomuutta. Kyselyitä on toteutettu 1970-, 1990- ja 2010-luvuilla, ja syyt ovat olleet samankaltaisia. Suurimpana erona eli niiden osuus, jotka kertovat unohtaneensa käydä seulonnassa, on lisääntynyt uusimmissa tutkimuksissa moninkertaiseksi (11–13).

Joukkotarkastukseen osallistumattomuuden syyt

”Käyn vastaavassa testissä ohjelman ulkopuolella.” Seulonta ei ole vain testi ja sen tulos. Kaikki syöpäseulonnat muodostuvat huolellisesti suunnitellusta terveydenhuollon toimien ketjusta, joka alkaa oikeiden henkilöiden poi-



KUVA 2. Osallistumisosuudet (% kutsutuista) kohdunkaulasyövän ja rintasyövän seulontaohjelmiin vuosina 1996–2016 sekä suolistosyöpien seulonnan satunnaistettuun seulontaohjelmaan vuosina 2004–2016 (<https://syoparekisteri.fi/tilastot/seulontatilastot/>).

mimisestä ja kutsumisesta, jatkuu testauksella ja vastausten toimittamisella testatuille ja edelleen jatkotutkimusten järjestämisellä sekä mahdollisen syövän tai sen esiasteen hoidolla. Oleellinen osa seulontaa on kaiken syntyvän tiedon talteenotto kansallisiin seulontarekistereihin, jotta seulontojen laatua ja vaikuttavuutta voidaan valvoa ja arvioida. Ketjussa eteneminen ei vaadi seulottavalta henkilöltä omaa aktiivisuutta. Viimeistään Syöpärekisterissä seurataan, ovatko seulottavat yksilöt kulkenet asiallisesti koko ketjun läpi. Tällaista seurantaa ei tehdä ohjelman ulkopuolisten testauksen osalta, eikä sen vaikuttavuutta valvota vastaavalla tavalla. Seulontaohjelmaan osallistumisella on myös osoitettu olevan suurempi syövältä suojaava vaikutus kuin seulontaohjelman ulkopuolisilla vastaavilla testeillä, osin varmasti juuri tästä syystä (14).

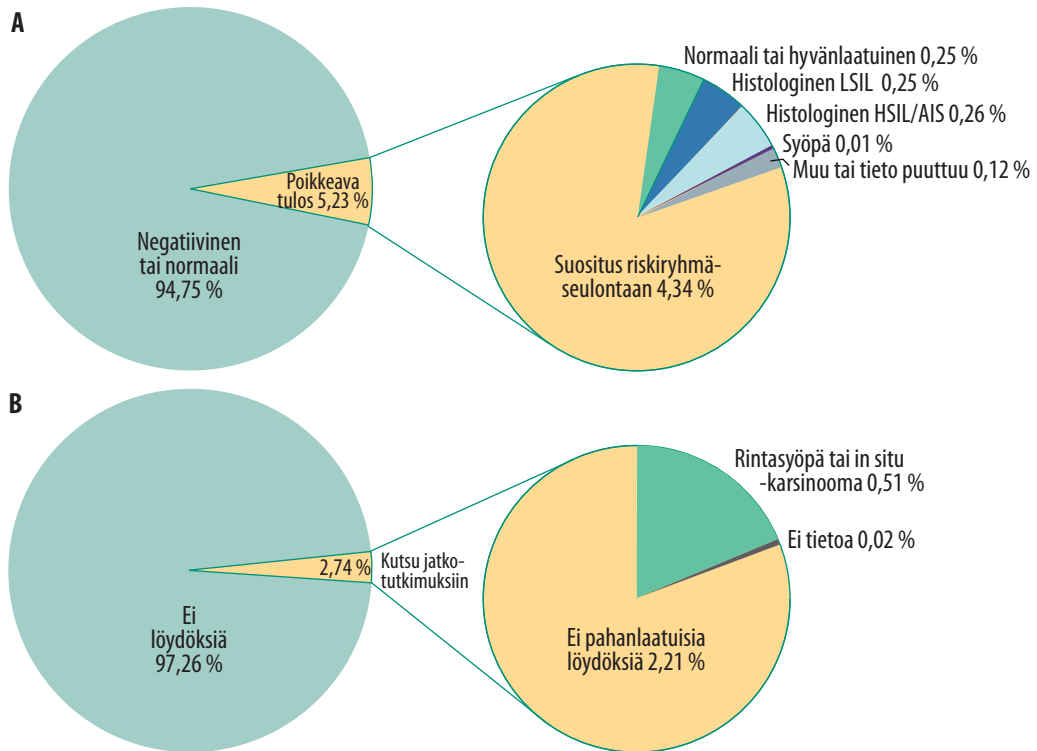
Terveysthuollon kannalta seulontaohjelmassa tapahtuva testaus on huomattavasti kustannusvaikuttavampaa kuin ohjelman ulkopuolinen oireettomien naisten spontaani testaus. Liian tiheään tehdyn spontaanin seulonnan harmien riski on myös organisoitua seulontaa selvästi suurempi.

Organisoituun seulontaohjelmaan osallistumista voidaan siis motivoida seulonnan vaikuttavuudella, valvotulla laadulla, maksuttomuudella ja helppoudella, kun ohjaus mahdollisiin jatkotutkimuksiinkin tapahtuu automaattisesti.

Käytännön ongelmat, muut kiireet ja unohtaminen ovat pääasiassa seulontajärjestelmän ongelmia. Ohjelma tulee järjestää niin, että seulottava pystyy osallistumaan seulontatutkimuksiin myös virka-ajan ulkopuolella. Tässä auttavat ilta- ja viikonloppuajat ja tarvittaessa kotona tapahtuva näytteenotto kohdunkaulan ja suolistosyöpien seulonnassa. Kutsuisa tulisi aina käyttää valmiita ajanvarauksia ja lähettää osallistumattomille uusintakutsu. Tämä vähentää unohtelua. Motivoinnissa voidaan kuitenkin muistuttaa, että kaikessa on lopulta kyse siitä, miten asiat priorisoidaan. Muutkaan asiat eivät hoidu, jos sairastuu.

”Ei koske minua, en minä sairastu eikä minulla ole oireita.” Jos oma syöpäriski koetaan pieneksi, motivaatio hieman epämielilyttävään ja aikaa vievään testaukseen vähenee. Tällöin motivoinnissa voidaan käyttää seulonnalla saavutettuja terveyshyötyjä. Lisäksi kannattaa korostaa, että seulonnasta on hyötyä nimenomaan sen kohdeikäryhmissä ja että seulottavat taudit eivät alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita. Eli kärjistetysti: ”Et saisi kutsua, jos et olisi riskissä eikä olisi oletettavissa, että hyödyt seulonnasta.”

Kohdunkaulasyöpäseulontaan osallistumisen motivaatiota on varmasti vähentänyt se, että tauti on Suomessa seulonnan ansiosta harvinainen ja suhteellisen vähän esillä missään. Rintasyöpä on yleinen, kaikki tuntevat jonkun



KUVA 3. Vuosina 2012–2016 kohdunkaulasyövän seulontaan (A) ja rintasyövän seulontaan (B) osallistuneiden seulontalöydökset (% tarkastetuista) (<https://syoparekisteri.fi/tilastot/seulontatilastot/>).
LSIL = low-grade squamous intraepithelial lesion: lievä levyepiteelimuutos
HSIL = high-grade squamous intraepithelial lesion: voimakas levyepiteelimuutos
AIS = in situ -adenokarsinoma

sairastuneen ja osallistuminenkin on selvästi parempaa. Kohdunkaulasyöpä koetaan yllättävän usein jostain syystä myös melko harmittomaksi syöväksi. Nuorena sairastuneiden, joiden tauti on todettu paikallisena, todennäköisyys jäädä henkiin on erittäin suuri, mutta syöpähoidoista usein aiheutuva kohdun menetys on usein merkittävä haitta. Kokonaisuutena kohdunkaulasyöpä on kuitenkin edelleen synkkä tauti. Kolmannes sairastuneista kuolee tautiin.

Testi tai testitilanne on epämiellyttävä tai muuten epähyväksyttävä. Jotta näin ajatteleva henkilö osallistuisi seulontaan, hänen täytyy kokea hyödyt suuremmiksi kuin potentiaalinen epämukavuus. Tähän osallistumattomuuden syyhin liittyvät kuitenkin myös kulttuurisidonnaiset näkemykset esimerkiksi maahanmuuttajien joukossa. Testitilanne on intiimi, ja tervey-

denhuollon henkilöstön sukupuolellakin voi olla vaikutusta. Tällöinkin terveydenhuollon henkilöstön osalta ratkaisuna on tiedon jakaminen, mutta vielä ratkaisevammassa osassa saattaa olla vertaisryhmien jakama informaatio, jota tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Myös kotona tapahtuvaa näytteenottoa, joka on mahdollista kohdunkaula- ja suolistosyövän osalta, tulee käyttää mahdollisuuksien mukaan.

”Pelkään syöpää, en halua osallistua ja saada poikkeavaa testitulosta.” Ainakin kohdunkaulasyövän seulonnan osalta kannattaa tässä tilanteessa keskittyä erityisesti ehkäisevään osatekijään. Seulonta perustuu nimenomaan syövän esiasteiden löytämiseen ja hoitamiseen, jolloin estetään itse syövän kehittyminen. Poikkeava seulontalöydös tarkoittaa harvoin syöpää ja onkin useimmiten ehkäisevä

interventio (KUVA 3). Myös suolistosyöpien seulonalla voidaan mahdollisesti puuttua tautiin jo sen kehitysvaiheessa poistamalla adenoomia.

Huono aiempi kokemus joukkotarkastuksista tai epäluottamus niiden testituloksiin. Epäluottamus testituloksiin liittyy usein väärin negatiivisiin ja positiivisiin testituloksiin, jotka ovat johtaneet turhiin jatkotutkimuksiin tai pahimmillaan viivästyttäneet syövän toteamista. Nämä eivät kuitenkaan ole vain joukkotarkastusten ongelma, vaan kaikkien seulontatyyppisten tutkimusten. Käytettävien testimenetelmien tulee olla laadukkaita, nykyaikaisia ja seulontakäyttöön validoituja. Jos aiempi kokemus näytteenotosta on ollut huono, tämäkin asia on hyvä käsitellä ja antaa palautetta eteenpäin, jotta toiminta kehittyy.

Lopuksi

Avaimena väestön seulonnoissa käymisen motivoimiseen on selkeästi ja ymmärrettävästi annettu asiallinen ja paikkansa pitävä tieto seulonasta ja seulottavista taudeista. Lisäksi seulontaohjelmien suunnittelu ei ole kertatoimenpide, vaan ohjelmia pitää arvioida ja kehittää jatkuvasti. Viisikymmentä vuotta sitten aloitettu ohjelma ei voi olla enää ajantasainen, jos se jatkuu samanlaisena. Tieto tautien etiologiasta, käyttäytymisestä, diagnostiikasta ja hoidosta on lisääntynyt valtavasti. Toisaalta naisten elämäntyyli ja -tahti kokonaisuudessaan on muuttunut, ja myös tietoa ja kokemuksia haetaan ja jaetaan eri tavalla kuin ennen. Seulontojenkin pitää kehittyä. Kansalaisia ei tule aliarvioida. ■

PEKKA NIEMINEN, LKT, dosentti, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, osastonylilääkäri
Naistentaudit ja synnytykset, HUS ja Helsingin yliopisto

ANNI VIRTANEN, LT, vastaava lääkäri, erikoistuva lääkäri
Suomen Syöpärekisteri
HUSLAB, patologia, HUS ja Helsingin yliopisto

KIRJALLISUUTTA

1. Syöpä- ja seulontatilastot. Suomen Syöpärekisteri. <https://syoparekisteri.fi/tilastot/>.
2. Hristova L, Hakama M. Effect of screening for cancer in the Nordic countries on deaths, costs and quality of life up to the year 2017. *Acta Oncologica* 1997;36 (Suppl 9): 1–60.
3. Sarkeala T, Luostarinen T, Dyba T, ym. Breast carcinoma detection modes and death in a female population in relation to population-based mammography screening. *Springerplus* 2014;3:348.
4. Sarkeala, Heinävaara S, Anttila A. Organised mammography screening reduces breast cancer mortality: A cohort study from Finland. *Int J Cancer* 2008;122:164–9.
5. Heinävaara S, Sarkeala T, Anttila A. Impact of organised mammography screening on breast cancer mortality in a case-control and cohort study. *Br J Cancer* 2016;114:1038–44.
6. Pitkaniemi J, Seppä K, Hakama M, ym. Effectiveness of screening for colorectal cancer with a faecal occult-blood test, in Finland. *BMJ Open Gastroenterol* 2015;2. DOI: 10.1136/bmjgast-2015-000034.
7. Miettinen J, Malila N, Hakama M, ym. Spillover improved survival in non-invited patients of the colorectal cancer screening programme. *J Med Screen* 2017. DOI: 10.1177/0969141317718220.
8. European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, von Karsa L, Patnick J, ym. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy* 2013;45:51–9.
9. Schröder F, Hugosson J, Roobol MJ, ym. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014;384:2027–35.
10. Salo H, Nieminen P, Kilpi T, ym. Divergent coverage, frequency and costs of organised and opportunistic Pap testing in Finland. *Int J Cancer* 2014;135:204–13.
11. Fortelius P, Haapoja H, Hakulinen T. Miksi kohdunkaulan syövän joukkotarkastuksista jäädään pois? *Duodecim* 1974;90: 597–601.
12. Kallio M, Kauraniemi T, Nousiainen AR, ym. Naisten osallistuminen kohdunkaulan syövän seulontoihin. *Duodecim* 1994;110: 1061–7.
13. Niironen M, Sarkeala T, Anttila A, ym. Miksi nainen ei osallistu kohdunkaulan syövän seulontaan? *Suom Lääkäril* 2014;69: 3249–56.
14. Nieminen P, Kallio M, Anttila A, ym. Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: a case-control study. *Int J Cancer* 1999;83:55–8.